

# Всемирная Психиатрия

ОФИЦИАЛЬНЫЙ ЖУРНАЛ ВСЕМИРНОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ АССОЦИАЦИИ (ВПА)

Том 12, Номер 2



Июнь 2013

## ОТ РЕДАКТОРА

«Клиническое суждение» и диагностика большой депрессии в DSM-5  
M. MAJ

## СПЕЦИАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

DSM-5: Классификация и изменения критериев  
D.A. REGIER, E. KUHLE, D.J. KUPFER

Перспективы лечения когнитивного дефицита и негативной симптоматики шизофрении  
D.C. GOFF

## ПЕРСПЕКТИВА

Когнитивные и социальные факторы, влияющие на клинические суждения в практике психиатра  
H. GARB

Прошлое, настоящее и будущее диагноза в психиатрии  
A. FRANCES

За пределами DSM и МКБ: введение в психиатрию «точного диагноза» путем использования технологии моментальной оценки  
J. VAN OS, P. DELESPAUL, J. WIGMAN, I. MYIN-GERMEYS, M. WICHERS

## ФОРУМ – ДЕТСКАЯ ПСИХОФАРМАКОЛОГИЯ: СЛИШКОМ МНОГО ИЛИ СЛИШКОМ МАЛО?

Детская психофармакология: слишком много или слишком мало?  
J.L. RAPAPORT

## КОММЕНТАРИИ

Детская психофармакология: слишком много и слишком мало  
E. TAYLOR

Что ожидает детскую психиатрию?  
J. LECKMAN

Назначение психотропных препаратов детям и подросткам: quo vadis?  
C.U. CORRELL, T. GERHARD, M. OLFSON

Детская нейропсихофармакология: хорошие новости – стакан наполовину полон  
C. ARANGO

От «слишком мало» и «слишком много» к стратифицированной психиатрии и патофизиологии  
F.X. CASTELLANOS

Европейский взгляд на фармакоэпидемиологию детской психиатрии  
H.-C. STEINHAUSEN

Сталкиваемся ли мы с одной и той же дилеммой в отношении детской психофармакотерапии в странах с низким и средним доходом?

85 L.A. RHODE 126

Детская психофармакология: насколько мы преуспели?

88 S. GROVER, N. KATE 127

Психофармакотерапия у детей и подростков. Адекватное применение или злоупотребление?

95 H. REMSCHMIDT 128

## ОТЧЕТЫ ОБ ИССЛЕДОВАНИЯХ

Эффективность психотерапии и фармакотерапии в лечении депрессивных и тревожных расстройств: мета-анализ прямых сравнительных исследований  
P. CUJPPERS, M. SJBRANDIJ, S.L. KOOLE, G. ANDERSSON, A.T. BEEKMAN, C. REYNOLDS

103 130

Сексуальное насилие в раннем детском возрасте усиливает суицидальные намерения

105 J. LOPEZ-CASTROMAN, N. MELHEM, B. BIRMAHER, L. GREENHILL, D. KOLKO, B. STANLEY, J. ZELAZNY, B. BRODSKY, R. GARCIA-NIETO, A. BURKE, J. MANN, D. BRENT, M. OQUENDO 142

Личная стигма при расстройствах шизофренического спектра: систематический обзор распространенности, соотношений, неблагоприятных последствий и терапевтических вмешательств

107 G. GERLINGER, M. HAUSER, M. DE HERT, K. LACLUYSE, M. WAMPERS, C. CORRELL 148

Приоритетные направления исследований в области психического здоровья в Европе: опрос среди национальных ассоциаций заинтересованных кругов в рамках проекта ROAMER

111 A. FIORILLO, M. LUCIANO, V. DEL VECCHIO, G. SAMPOGNA, C. OBRADORS-TARRAGO, M. MAJ 158

## ПИСЬМА В РЕДАКЦИЮ

117 164

## НОВОСТИ ВПА

Международное исследование о выборе карьеры в области психиатрии: предварительные данные

120 D. BHUGRA 173

Образовательные мероприятия ВПА

122 E. BELFORT 173

Научные конференции ВПА

123 T. OKASHA 174

Участие ВПА в разработке главы о психических расстройствах в МКБ-11: обновление

124 U. VOLPE 175

# Личная стигма при расстройствах шизофренического спектра: систематический обзор распространенности, соотношений, неблагоприятных последствий и терапевтических вмешательств

Gabriel Gerlinger<sup>1</sup>, Marta Hauser<sup>2,3</sup>, Marc De Hert<sup>4</sup>, Kathleen Lacluyse<sup>4</sup>, Martien Wampers<sup>4</sup>, Christoph U. Correll<sup>2,5-7</sup>

<sup>1</sup>Institute of Medical Psychology, Charite Universitätsmedizin, Berlin, Germany;

<sup>2</sup>Zucker Hillside Hospital, Psychiatry Research, North Shore – Long Island Jewish Health System, Glen Oaks, New York, NY, USA;

<sup>3</sup>Department of Psychiatry and Psychotherapy, Charite Universitätsmedizin, Berlin, Germany;

<sup>4</sup>University Psychiatric Center campus Kortenberg, Catholic University Leuven, Kortenberg, Belgium;

<sup>5</sup>Albert Einstein College of Medicine, Bronx, New York, NY, USA;

<sup>6</sup>Hofstra North Shore LIJ School of Medicine, Hempstead, NY, USA;

<sup>7</sup>Feinstein Institute for Medical Research, Manhasset, New York, NY, USA

Перевод: Орлова М.А.

Редактура: Алфимов П.В.

*По электронным базам данных PubMed, Medline и Web of Science был проведен поиск на предмет распространенности, соотношений и неблагоприятных последствий личной стигмы (то есть, воспринимаемой и испытываемой стигматизации и самостигматизации) у пациентов с расстройствами шизофренического спектра. Из 54 исследований (n=5,871), опубликованных за период с 1994 по 2011, в 23 (42,6%) приводились данные о распространенности, и в 44 (81,5%) приводились данные по соотношениям и/или последствиям воспринимаемой или испытываемой стигматизации или самостигматизации. Было обнаружено только два исследования, посвященных изучению личной стигмы. В среднем, у 64,5% пациентов (диапазон: 45,0-80,0%) отмечалась воспринимаемая стигма, у 55,9% (диапазон: 22,5-96,0%) действительно испытываемая стигма, и 49,2% (диапазон: 27,9-77,0%) сообщали об отчуждении (стыде), как наиболее частом проявлении самостигматизации. Тогда как социо-демографические показатели были лишь незначительно связаны со стигмой, для психосоциальных показателей, особенно более низкого качества жизни, были обнаружены статистически значимые корреляции. Для характеристик заболевания были получены разнородные ассоциации, за исключением социальной тревожности, которая была тесно связана с личной стигмой. В большинстве работ изучается распространенность и последствия влияния личной стигмы на исходы лечения пациентов с расстройствами шизофренического спектра, хотя методики исследования различаются. Напротив, крайне не хватает исследований, касающихся динамики личной стигмы на протяжении всего заболевания, и, в частности, исследований об эффективности вмешательств по борьбе со стигматизацией с использованием стандартизированных методик и показателей.*

**Ключевые слова:** Шизофрения, психоз, стигма, самостигматизация, личная стигма, испытываемая/ощущаемая стигма, соотношения.  
(World Psychiatry 2013;12:155-164)

До настоящего времени большинство исследований стигматизации в психиатрии были сосредоточены на изучении общественного мнения о психических расстройствах и негативного отношения к психически больным людям как со стороны отдельных личностей, так и социальных групп (1-3). Среди факторов, влияющих на стигматизацию, был выделен ряд характеристик заболевания и пациентов (4, 5), и предложены меры для борьбы со стигматизацией, то есть со стигматизирующим отношением и дискриминирующими действиями, как на уровне отдельных лиц, так и общества в целом (6, 7). Однако за последнее десятилетие прогресс в исследовании процессов стигматизации переключил внимание со стигматизации обществом на субъективные переживания стигматизированных личностей. В исследованиях были получены межличностные показатели, которые могут усиливать или ослаблять влияние стигматизации на личность (8), а также внутриличностные характеристики, опосредующие влияние стигмы на исходы выздоровления. Этот новый подход сопровождался растущим количеством иссле-

дований, посвященных терапевтическому воздействию на данные меж- и внутриличностные характеристики пациентов с целью уменьшения распространенности и негативных последствий стигматизации (9-12).

Недавнее предложение включить в DSM-5 «слабый психотический синдром» (attenuated psychosis syndrome) вызвало опасения о возможной стигматизации пациентов из так называемой «группы риска» (13-16), особенно с учетом высокой частоты ложно положительной диагностики (лишь приблизительно у 30% пациентов, имеющих инициальные продромальные симптомы, в течение следующих 2,5 лет развивается психотическое состояние) (17-19). Это также привело к вопросу о том, могут ли различные стадии расстройств шизофренического спектра – например, синдром клинически высокого риска, первый эпизод и хроническое заболевание – по-разному подвергаться действию стигматизации и самостигматизации.

Для того, чтобы проанализировать исследования, посвященные стигматизации, важно четко определить термин «стигма». В большинстве исследований исполь-

зается классическое определение Goffman о том, что стигма это «глубоко дискредитирующая характеристика», которая превращает «обычного целостного человека в бракованного и обесцененного» (20). Link и Phelan (21), критикуя слишком большое разнообразие определений стигмы в различных дисциплинах, характеризуют стигму как сочетание «навешивания ярлыка, клиширования, отвержения, потери статуса и дискриминации».

Далее, важно разграничивать термины общественная стигма (то есть, «проявление обществом предрассудков и дискриминации по отношению к психически больным людям» (22)) и личная стигма (состоящая из стигмы воспринимаемой, испытываемой стигмы и самостигматизации). Восприятие или ожидание стигмы относится к убеждениям пациентов об отношении общества к ним самим и к их болезненному состоянию (23). Испытываемая стигматизация обозначает дискриминацию или ограничения, с которыми сталкиваются пациенты в повседневной жизни. Наконец, принятие самим пациентом стереотипов и согласие со стигматизирующими убеждениями (то есть с общественной стигмой), обозначается как самостигматизация или внутренняя стигма (12). Самостигматизация рассматривается как изменение идентичности, приводящее к потере прежних (позитивных) убеждений относительно самого себя, что в свою очередь приводит к таким негативным для личности последствиям, как сниженная самооценка и сниженная самоэффективность (24). В этом систематическом обзоре мы изучали лишь те публикации, в которых содержится хотя бы один из трех вышеуказанных компонентов личной стигмы.

Несмотря на важность изучения личной стигмы, по имеющимся у нас сведениям, до настоящего времени по данной теме не было опубликовано ни одного систематического обзора. В нашей работе изучалась распространенность, соотношения и последствия личной стигмы у пациентов с расстройствами шизофренического спектра. Далее мы старались определить, имеются ли качественные или количественные различия характеристик личной стигмы в зависимости от стадии заболевания, предполагая, что частота встречаемости личной стигмы возрастает по мере увеличения длительности болезни. Кроме того, мы планировали выяснить, проводились ли исследования вмешательства, специфически направленных на борьбу с личной стигмой у пациентов с расстройствами шизофренического спектра. Наконец, мы хотели оценить преимущества и недостатки существующих данных для того, чтобы определить направления для последующих исследований.

## МЕТОДЫ

Для определения распространенности, соотношений и влияния личной стигмы на пациентов, страдающих расстройствами шизофренического спектра, был проведен систематический обзор. Мы провели поиск в электронных базах данных (PubMed, Medline и Web of Science) среди опубликованных рецензируемых статей с использованием следующих ключевых слов: «шизофрения», «психоз», «продром», «ультра-высокий риск», «клинически высокий риск» и «стигма», «самостигматизация» без ограничений по дате публикации или языку статьи. Дополнительные статьи были найдены при изучении списков литературы выбранных статей, двух обзоров, касающихся шкал стигмы (25, 26) и двух публикаций, касающиеся личной стигмы (16, 27). Для включения в обзор статьи должны были удовлетворять всем следующим критериям: а) быть посвящены личной, а не общественной стигме; б) у большинства выборки (>70%) должна быть диагностирована шизофрения или расстройства шизофренического спектра, или должны быть приведены результаты для отдельных подгрупп; в) должны приводиться количественные или

полуколичественные данные о распространенности, соотношениях, последствиях или вмешательствах, касающихся личной стигмы.

При анализе данных о распространенности, там, где это было возможно, средние величины и проценты были взвешены по числу участников исследования. Для подсчета взвешенных процентов составляющих личной стигмы, использовались только проценты рейтинговых шкал. Если шкала содержала более двух уровней измерения («да» / «нет»), то использовались величины выше среднего уровня значений шкалы. Средние баллы шкал не суммировались и не приводятся в статье, так как было слишком мало исследований, использующих одинаковые шкалы или подшкалы.

Чтобы классифицировать результаты исследований распространенности ожидаемой/воспринимаемой и испытываемой стигмы, мы использовали концепцию «Опросника переживания стигматизации психиатрическими пациентами» (Inventory of Stigma Experiences of Psychiatric Patients) (28), содержащую следующие 4 раздела: а) межличностное взаимодействие, б) имидж психически больных людей в обществе, в) доступ к социальным ролям, г) дискриминация со стороны официальных структур. Чтобы определить, у какой доли пациентов имелась ожидаемая/воспринимаемая или испытываемая стигма (хотя бы одна из этих категорий), был создан один общий раздел, включающий наиболее высокую распространенность стигмы в исследовании и выборке.

Чтобы классифицировать результаты исследований самостигматизации, мы использовали подшкалы «отчуждение», «принятие стереотипов» (согласие со стереотипами), «снижение самооценки» и «сопротивление стигме» из шкал «Шкала внутренней стигмы при психическом заболевании» (Internalized Stigma of Mental Illness Scale; ISMI, 25) и «Шкала самостигматизации при психическом заболевании» (Self-stigma of Mental Illness Scale; SSMIS, 22). Подшкала «сопротивление стигме» характеризует способность личности не поддаваться самостигматизации и отрицательно коррелирует с другими составными категориями самостигматизации. Поскольку составляющие самостигматизации взаимосвязаны и взаимодействуют иерархически, не было создано общего раздела.

## РЕЗУЛЬТАТЫ

Упоминание терминов «шизофрения» и «стигма» встречалось 377 раз, «психоз» и «стигма» в 136 работах, «продром» и «стигма» – в 4-х, «ультра-высокий риск» и «стигма» – 0, «клинически высокий риск» и «стигма» 2 раза, «шизофрения» и «самостигматизация» 16 раз, 6 раз встречался «психоз» и «самостигматизация», составив в целом 541 упоминание. После удаления повторов остались 457 статей, все англоязычные.

После анализа названия и абстракта из-за несоответствия было исключено 365 статей. Большинство этих исключенных работ были посвящены изучению общественного мнения и стереотипов по отношению к лицам с расстройствами шизофренического спектра (общественная стигма), или же изучению бремени психического расстройства для членов семьи и родственников. Наконец, в ряде статей сообщалось о потребности в общественных антистигматизационных мероприятиях и их положительных последствиях. В других обсуждалась потребность «переименования» шизофрении для снижения стигматизации (29). Три статьи были добавлены после проверки дополнительных списков литературы. После тщательного изучения 95 исследований, 54 статьи, опубликованные между 1994 и 2011 годами, были включены в наш обзор (Рисунок 1).

### Распространенность личной стигмы

В 23 (42,6%) из 54 включенных в анализ публикаций сообщалось о распространенности ожидаемой стигмы

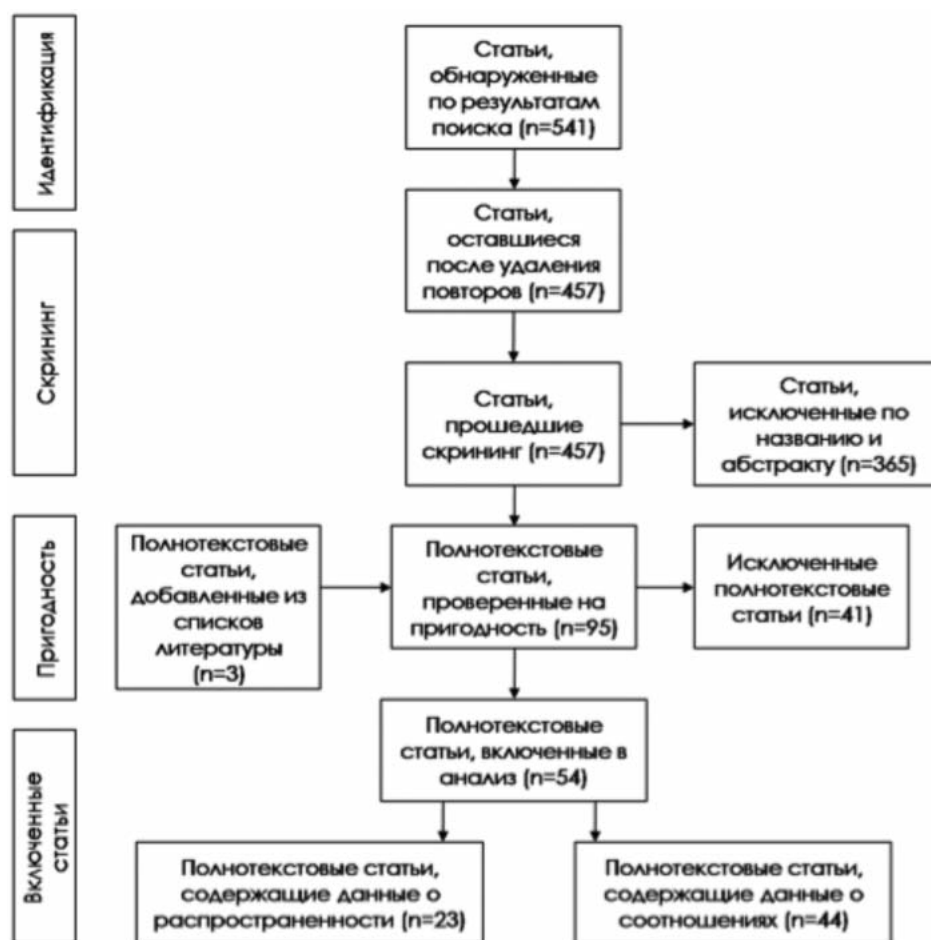


Рисунок 1. Процедура отбора публикаций

( $n=12$ ), испытываемой стигмы ( $n=17$ ), или самостигматизации ( $n=6$ ). Среди них в 15 исследованиях преимущественно сообщалось о соотношениях личной стигмы, тогда как оценка распространенности была вторичной. Размеры выборки варьировали от 31 до 1,299 участников (всего  $n=5,871$ , среднее:  $n=267$ ), средний возраст варьировал от 24,5 ( $CO=6,3$ ) до 54,3 ( $CO=16,6$ ) лет, на долю пациентов мужского пола приходилось от 38 до 71%. Выборка преимущественно состояла из амбулаторных пациентов без указаний на стадию или тяжесть заболевания. Несмотря на то, что опросы и интервью проводились всего в 40 странах, большинство участников исследования (71,7%) оценивались в Европе и США.

Частота ожидаемой/испытываемой стигмы колебалась от 33,7%, при дискриминации со стороны страховых организаций (28), до 80% в рамках межличностных отношений (30), с взвешенным процентом 64,5% от всех пациентов с ожидаемой/испытываемой стигмой отмечавшейся, как минимум, в одной из указанных категорий (Таблица 1).

Что касается испытываемой стигмы, то частота варьировала от 6% при дискриминации со стороны официальных структур (31) до 87% пациентов, испытывавших отвержение в межличностных отношениях (31), с взвешенной долей 55,9% от всех пациентов со стигмой как минимум в одной из указанных категорий (Таблица 2).

Взвешенный процент пациентов с «сопротивлением стигме» составил 52,6%, «отчуждением (стыдом)» – 49,2%, со «снижением самооценки» – 35,2% и с «принятием стереотипов» – 26,8% (Таблица 3).

#### Соотношения и последствия личной стигмы.

В 44 исследованиях (81,5%) сообщалось о соотношениях и/или последствиях личной стигмы. Среди них, в

24 изучались связи между воспринимаемой или испытываемой стигмой, а в 23 – с самостигматизацией. Включенные статьи характеризовались гетерогенностью выборок и методов исследования. Размер выборки варьировал от 35 до 1,229 участников (всего  $n=8,132$ , среднее  $n=185$ ), средний возраст варьировал от 24,5 ( $CO=6,3$ ) до 64,7 ( $CO=8,7$ ) лет, на долю участников мужского пола приходилось от 39,7% до 100%. В 32 исследованиях пациенты мужского пола составляли большинство. Преимущественно в исследованиях использовалось одноразовое анкетирование. Пациенты набирались из всех типов медицинских учреждений, сельских и городских, у пациентов отмечались разные стадии и степени тяжести заболевания. Большинство исследований были выполнены в Европе, Северной Америке, Австралии и Азии, тогда как не было данных по южноамериканским или африканским популяциям.

В целом, по данным большинства исследований, характеристики психосоциального функционирования и общего благополучия, такие как качество жизни, расширение прав и возможностей, самооценка и самоэффективность, были обратно связаны с личной стигмой. Наиболее подробно изучалось качество жизни, которое также было обратно связано с воспринимаемой/испытываемой стигмой и самостигматизацией во всех исследованиях, изучавших это соотношение. В ряде исследований изучались позитивная симптоматика, депрессия (только для воспринимаемой или испытываемой стигмы) и общая психопатология, которые были связаны с личной стигмой в большинстве случаев. Редко встречались исследования, нацеленные на изучение мнения, убеждений и личности пациентов, но в них были получены в основном значимые соотношения (52, 53).



Таблица 1. Распространенность воспринимаемой/испытываемой стигматизации			
	Исследование	N	Распространенность (%)
Общий показатель	Angermeyer et al (28)	101	69,0
	Berge & Ranney (30)	31	80,0
	Cechnicki et al (31)	202	58,0
	Dickerson et al (32)	74	70,0
	Ertugrul & Ulug (33)	60	45,0
	Karidi et al (34)	150	66,7
	Kleim et al (35)	127	64,0
	Lai et al (36)	72	51,0
	Lee et al (37)	320	69,7
	McCann et al (38)	81	74,0
	Tarrier et al (39)	35	53,1
	Thornicroft et al (40)	732	64,0
		1985	<b>64,5</b>
Межличностное взаимодействие			
Отвержение	Angermeyer et al (28)	101	64,4
	Cechnicki et al (31)	202	58,0
	Kleim et al (35)	127	64,0
	Lai et al (36)	72	51,0
Избегание	Angermeyer et al (28)	101	66,3
	Karidi et al (34)	150	67,7
Другие	Berge & Ranney (30)	31	80,0
	McCann et al (38)	81	74,0
		865	<b>63,9</b>
Образ психически больного в общественном сознании			
Освещение в СМИ	Angermeyer et al (28)	101	66,0
Образы в художественных фильмах	Angermeyer et al (28)	101	66,0
В целом	Cechnicki et al (31)	202	41,0
	Dickerson et al (32)	74	70,0
		478	<b>56,3</b>
Доступ к социальным ролям			
Трудовая занятость	Angermeyer et al (28)	101	69,0
	Berge & Ranney (30)	31	51,6
	Cechnicki et al (31)	202	55,0
	McCann et al (38)	81	51,4
	Thornicroft et al (40)	732	64,0
Сотрудничество	Angermeyer et al (28)	101	44,6
	Berge & Ranney (30)	31	74,2
	Cechnicki et al (31)	202	40,0
	Thornicroft et al (40)	732	55,0
Дружба	Berge & Ranney (30)	31	53,3
		2244	<b>56,8</b>
Дискриминация со стороны официальных структур			
Система страхования	Angermeyer et al (28)	101	<b>33,7</b>
Реабилитация	Angermeyer et al (28)	101	<b>42,6</b>
В целом	Cechnicki et al (31)	202	<b>49,0</b>
		404	<b>43,6</b>
Для общего процента средние значения были взвешены по числу случаев, включенных в каждое исследование.			

Грамотность (то есть умение читать и писать) была связана с воспринимаемой/испытываемой стигмой только в одном исследовании, изучающем это соотношение (52).

Не было обнаружено связей воспринимаемой/испытываемой стигмы или самостигматизации с другими социодемографическими показателями. Это также касалось типа лечебного учреждения и большинства описательных характеристик заболевания, включая длительность заболевания (только для воспринимаемой или испытываемой стигмы), числа госпитализаций на протяжении жизни, негативной симптоматики

(только для воспринимаемой или испытываемой стигмы) и критики к своему состоянию.

Наконец, были получены противоречивые данные касательно связей ряда показателей с личной стигмой. Если воспринимаемая/испытываемая стигма не коррелировала с возрастом, то для самостигматизации были получены противоречивые результаты. Karidi и соавторы (34) обнаружили, что более старший возраст отрицательно коррелирует с самостигматизацией, тогда как в других исследованиях сообщается о том, что более старший возраст связан с низкой резистентностью ко стигме (54), более выраженной дискриминацией и

Таблица 2. Распространенность испытываемой стигматизации			
	Исследование	N	Распростра- ненность (%)
Общий показатель	Angermeyer et al (28)	101	60,0
	Baldwin & Marcus (41)	86	29,0
	Botha et al (42)	100	65,0
	Brohan et al (43)	904	69,4
	Cechnicki et al (31)	202	87,0
	Chee et al (44)	306	39,0
	Dickerson et al (32)	74	55,0
	Ertugrul & Ulug (33)	60	45,0
	Jenkins & Carpenter-Song (45)	90	96,0
	Karidi et al (34)	150	32,5
	Lai et al (36)	72	73,0
	Lee et al (37)	320	68,0
	Loganathan & Murthy (46)	200	22,5
	Sibitz et al (47)	157	37,6
	Switaj (48)	153	69,0
	Thornicroft et al (40)	732	47,0
	Werner et al (49)	86	27,4
		3793	<b>55,9</b>
Межличностное взаимодействие			
Отвержение	Angermeyer et al (28)	101	60,0
	Cechnicki et al (31)	202	87,0
	Jenkins & Carpenter-Song (45)	90	18,6
	Lee et al (50)	320	48,0
Избегание	Angermeyer et al (28)	101	51,5
	Karidi et al (34)	150	32,5
	Switaj (48)	153	41,2
Обида	Botha et al (42)	100	58,0
	Dickerson et al (32)	74	55,0
	Loganathan & Murthy (46)	200	22,5
	Switaj (48)	153	69,0
Другие	Botha et al (42)	100	39,0
	Cechnicki et al (31)	202	50,0
	Jenkins & Carpenter-Song (45)	90	47,7
	Karidi et al (34)	150	10,0
	Lee et al (37)	320	68,0
	Switaj (48)	153	59,0
		2659	<b>49,9</b>
Образ психически больного в общественном сознании			
Освещение в СМИ	Angermeyer et al (28)	101	38,0
	Dickerson et al (32)	74	43,0
	Lai et al (36)	72	46,0
	Switaj (48)	153	45,0
	Angermeyer et al (28)	101	40,6
Образы в художественных фильмах			
Другие	Cechnicki et al (31)	202	38,0
	Jenkins & Carpenter-Song (45)	90	24,4
	Switaj (48)	153	63,0
		946	<b>42,8</b>

Таблица 2. Распространенность испытываемой стигматизации (продолжение)			
	Исследование	N	Распростра- ненность (%)
Доступ к социальным ролям			
Трудовая занятость	Angermeyer et al (28)	101	19,0
	Baldwin & Marcus (41)	86	29,0
	Cechnicki et al (31)	202	31,0
	Jenkins & Carpenter-Song (45)	90	36,0
	Lai et al (36)	72	73,0
	Lee et al (37)	320	46,8
	Thornicroft et al (40)	732	29,0
Партнерство	Angermeyer et al (28)	101	21,6
	Cechnicki et al (31)	202	42,0
	Jenkins & Carpenter-Song (45)	90	32,6
	Thornicroft et al (40)	732	27,0
Другие	Thornicroft et al (40)	732	47,0
	Thornicroft et al (40)	732	43,0
		4192	<b>36,9</b>
Дискриминация со стороны официальных структур			
Страхование	Angermeyer et al (28)	101	15,8
	Lai et al (36)	72	40,0
Реабилитация	Angermeyer et al (28)	101	13,9
	Lee et al (50)	320	44,0
Другие	Cechnicki et al (31)	202	6,0
		796	<b>26,6</b>
Для общего процента средние значения были взвешены по числу случаев, включенных в каждое исследование.			

социальной изоляцией (49). В 5 из 8 исследований не было получено связей между возрастом и самостигматизацией. Противоречивые данные были получены о связи мужского пола с самостигматизацией (34, 51). В одном из двух исследований более старший возраст начала заболевания/первой госпитализации отрицательно коррелировал с воспринимаемой/испытываемой стигмой (48). Данные о связи самостигматизации с возрастом начала заболевания были противоречивыми. Так, в одном исследовании была обнаружена положительная связь (34), в другом – отрицательная (12) и в двух других – отсутствие связи. Более того, длительность заболевания, негативная симптоматика и депрессия (только для самостигматизации), терапевтический комплаенс и социальное функционирование (только для воспринимаемой или испытываемой стигмы) показали наличие неясных связей с аспектами личной стигмы (Таблица 4).

#### Личная стигма как прогностический фактор

В 15 исследованиях (27,8%) приводились коэффициенты регрессии для воспринимаемой/испытываемой стигмы (6 исследований) и самостигматизации (12 исследований) как предикторной переменной. Было обнаружено, что воспринимаемая/испытываемая стигма является предиктором для большей выраженности депрессии, социальной тревожности, скрытности и изоляции как копинговых стратегий, предиктором более низкого качества жизни, более низкой самооценки, социального функционирования, меньшей поддержки и меньшего контроля над заболеванием (mastery). Самостигматизация выступала предиктором, связанным с ухудшением таких показателей как депрессия, социальная тревожность, качество жизни, самооценка, социальное функциони-

Таблица 3. Распространенность самостигматизации/внутренней стигмы			
	Исследование	N	Распростра- ненность (%)
Самостигматизация в целом	Brohan et al (43)	904	41,7
Отвержение (стыд)	Botha et al (42)	100	77,0
	Lai et al (36)	72	47,0
	Sibitz et al (47)	157	43,9
	Werner et al (49)	86	27,9
		415	49,2
Принятие стереотипов (согласие со стереотипами)	Botha et al (42)	100	42,0
	Sibitz et al (47)	157	15,2
	Werner et al (49)	86	30,0
		343	26,8
Снижение самооценки	Jenkins & Carpenter-Song (51)	90	20,9
	Lai et al (36)	72	53,0
		162	35,2
Сопротивляемость стигматизации	Botha et al (42)	100	84,0
	Brohan et al (43)	904	49,2
	Sibitz et al (47)	157	63,3
	Werner et al (49)	86	32,5
		1247	52,6

рование, надежда, профессиональная деятельность, восстановление (recovery), поддержка и терапевтический комплаенс (подшкалы «присутствие» и «участие») (Таблица 5).

### Дополнительные результаты

Нам не удалось обнаружить большого количества исследований содержащих или сравнивающих данные пациентов, находящихся на разных стадиях заболевания (то есть, в продромальной стадии, первом эпизоде, повторных эпизодах шизофрении). Только в двух работах сообщалось о связях с личной стигмой в первом эпизоде психоза (39, 60). Также как и у хронически больных, у пациентов первого эпизода при наличии социальной тревожности отмечалась повышенная воспринимаемая стигма (60). Это не отличается от данных о взаимосвязи самостигматизации и социальной тревожности среди пациентов пожилого возраста с повторными приступами болезни (средний возраст=64,7, CO=8,7) (66).

Для общего процента средние значения были взвешены по числу случаев, включенных в каждое исследование.

Подобно этому, данные другой выборки пациентов с первым эпизодом касательно распространенности и связи между позитивной симптоматикой и воспринимаемой стигмой (39), не отличались от результатов пациентов с более поздними стадиями заболевания (5, 48, 53).

Что касается вмешательств, направленных на борьбу с личной стигмой, то было обнаружено только три исследования на эту тему. В первом из них, с участием 21 пациента с шизофренией, наблюдаемых в течение 18 недель, 6-ти недельная групповая когнитивно-поведенческая терапия не оказалась эффективной для редукции воспринимаемой дискриминации, но было обнаружено значительное повышение самооценки (78). Контрольная группа не использовалась. Во втором рандомизированном контролируемом клиническом испытании, изучалось влияние 10-ти недельной культурально-адаптированной психообразовательной групповой программы на восприятие стигмы среди 48 пациентов с шизофренией, и была обнаружена редук-

ция баллов воспринимаемой дискриминации и улучшение навыков совладания (79).

### ОБСУЖДЕНИЕ

Результаты этого систематического обзора показывают, что воспринимаемая и испытываемая стигма, а также самостигматизация, часто встречаются у пациентов с расстройствами шизофренического спектра. В среднем, у 64,5% пациентов отмечалась воспринимаемая стигма, у 55,9% отмечалась испытываемая стигма и 49,2% сообщали об отчуждении (стыде), как наиболее частых проявлениях самостигматизации.

Социо-демографические показатели были незначительно связаны с личной стигмой, хотя значимая связь была получена для такого показателя, как грамотность. Напротив, такие психосоциальные факторы, как качество жизни, были обратно пропорциональны личной стигме. В целом, данные для характеристик заболевания крайне неоднозначны. С одной стороны, результаты для таких показателей, как возраст начала заболевания, длительность заболевания и количество госпитализаций на протяжении жизни неоднозначны, что требует дальнейшего изучения. С другой стороны, позитивная симптоматика, депрессия и общая психопатология в большинстве исследований значимо коррелировали с личной стигмой. Тем не менее, ни одна характеристика заболевания не показала сильной корреляции с личной стигмой, за исключением социальной тревожности, которая изучалась только в двух исследованиях, по воспринимаемой стигме (60) и по самостигматизации (66). Эти результаты совпадают с результатами одного исключенного из анализа исследования (80). Однако эта связь депрессии и социальной тревожности с личной стигмой может являться артефактом, поскольку депрессивные пациенты склонны воспринимать реакции их социального окружения в негативном ключе. В этом случае, восприятие стигматизации будет скорее являться симптомом существующего расстройства, а не независимой переменной.

Нам не удалось выявить ни одного исследования, изучающего различия влияния личной стигмы на пациентов в разных стадиях заболевания. Лишь в двух работах (39, 60), посвященных изучению выборки пациентов первого эпизода, сообщались результаты, сходные с таковыми для хронически больных. Однако эти наблюдения не могут заменить количественного сравнения групп. Таким образом, динамика и влияние личной стигмы на ранние стадии болезни остаются важным открытым исследовательским вопросом. Это крайне актуально, учитывая акцент на раннее выявление и профилактику расстройств шизофренического спектра, и связанной с этим общественной, и особенно, личной стигматизацией подростков и молодых людей, рискующих получить ярлык заболевания, которое может никогда и не развиваться. Данное исследование особенно своевременно, учитывая введение «слабого психотического синдрома» в Секцию 3 классификации DSM-5 (81).

Поиск литературы выявил только два исследования, посвященных описанию разработки или оценке вмешательств, направленных на борьбу с личной стигмой у пациентов с расстройствами шизофренического спектра. С одной стороны, это удивительно, учитывая огромное количество исследований посвященных внутри- и межличностным показателям личной стигмы и ее неблагоприятным последствиям, которые могли бы дать толчок к развитию подобных вмешательств (30). Это контрастирует с различными вмешательствами, направленными на борьбу со стигматизацией со стороны общества (6, 7). С другой стороны, сосредоточенность данного обзора на пациентах с расстройствами шизофренического спектра могла исключить исследования, включающие более обширные выборки лиц с психическими расстройствами. К тому же, мы

Таблица 4. Уровень значимости связей различных переменных с личной стигмой		
	Соотношения воспринимаемой/испытываемой стигматизации	Соотношения самостигматизации
<b>Существующие ассоциации</b>		
<b>Факторы риска (положительная связь)</b>	Грамотность (52)	Избегание вреда (53)
	Ощущение стигматизации родственниками (52) и оценка стигматизации пациента (52)	Позитивные симптомы (12,64,65)
	Убежденность в том, что психическое расстройство это заболевание (52), как проявление кармы (52) или злого духа (52)	Общая психопатология (34)
	Количество любых (52) и немедицинских убеждений о причинах заболевания (52)	Социальная тревожность(66)
	Диагноз шизофрении (28,55)	Социальное избегание (12)
	Позитивные симптомы (5,32,33,35,39,48,52,56,57)	Самоизоляция как способ совладания (12)
	Общая психопатология (33,35,48,56,57)	Понимание действия терапии (67)
	Депрессия (32,35,48,57–59) или вина (62)	Переживание дискриминации (62)
	Социальная тревожность(60)	Эмоциональный дискомфорт (64)
	Инвалидность (33)	
	Стратегии совладания: самоизоляция (35,57) или скрытность (35,57)	
	Переживание дискриминации (62)	
<b>Защитные факторы (отрицательная связь)</b>	Социальная интеграция (32,58,61)	Целенаправленность (53) и настойчивость (53)
	Качество жизни(32,48,55,58,59,61,63)	Социальная интеграция (64) и поддержка (72)
	Расширение прав и возможностей (57,58)	Комплаенс (67–70)
	Самооценка (30,47,59) и самоэффективность (35,57)	Надежда (65,71) и расширение прав и возможностей (58)
	Удовлетворенность финансовой ситуацией (32)	Качество жизни (58,65,72,73)
	Поддержка (63)	Самооценка(12,54,47,49)
	Контроль над заболеванием (63)	Социальное 43,62) и профессиональное функционирование (73)
		Восстановление (recovery) (62,74)
<b>Отсутствие связи</b>	Проживание в браке (33,48,58)	Проживание в браке (58)
	Проживание в одиночестве (48,58)	Проживание в одиночестве (58)
	Образование (32,33,40,48)	Образование (10,54,64,65,75)
	Возраст (33,35,48,52,56,58)	Количество госпитализаций (34,58,64,65)
	Мужской пол (5,32,33,35,40,48,52,58)	Диагноз шизофрении (64)
	Этническая принадлежность (5)	Критика к состоянию (12)
	Место проживания (52)	Комплаенс (76)
	Трудоустройство (33,35,40,48,52) и доход (32,41,52)	
	Число попыток лечения в разных системах (52)	
	Тип больницы (40,48)	
	Убежденность в том, что заболевание является наказанием Бога (52), вызвано воздействием черной магией (52)	
	Убежденность, что заболевание должен лечить врач (52), народный целитель 52), шаман (52), может быть вылечено обращением в храм или паломничеством (52)	
	Количество убеждений в отношении лечения (52) или в отношении немедикаментозного лечения (52)	
	Длительность заболевания (48,58)	
	Количество госпитализаций (48,58)	
	Негативные симптомы (5,32,33,35,48,52,56)	
	Критика к состоянию (32,35,40,74)	
<b>Смешанные/ неясные результаты</b>	Возраст начала заболевания/первой госпитализации (48,58)	Возраст (10,34,49,54,58,64,65,75)
	Комплаенс (38,59)	Мужской пол (10,34,45,58)
	Социальное функционирование (5,32,58,62)	Возраст начала заболевания/первой госпитализации (12,34,58,65)
		Длительность заболевания (34,58)
		Депрессия (12,58)
		Негативные симптомы (64,65)



Таблица 5. Личная стигма как прогностический фактор	
Воспринимаемая/ испытываемая стигма	Самостигматизация
Депрессия (58)	Депрессия (58)
Социальная тревожность (60)	Социальная тревожность (66)
Самоизоляция (35)	Качество жизни (72)
Скрытность (35)	Самооценка (12)
Качество жизни (63)	Социальное функционирование (43,62)
Социальное функционирование (62)	Надежда (71)
Самозащитность (35)	Профессиональное функционирование (73)
Самооценка (77)	Восстановление (recovery) (75)
Поддержка (63)	Поддержка (72)
Контроль над заболеванием (63)	Терапевтический комплаенс: присутствие (67)
	Терапевтический комплаенс: участие (69)

могли упустить исследования, направленные на борьбу со стигмой, но без четкого ее упоминания. Тем не менее, поражает отсутствие вмешательств направленных на борьбу с личной стигмой.

Поэтому, хотя психосоциальные вмешательства зачастую затрагивают тематику общественной и личной стигмы в психообразовательных и других методиках, результаты обзора показывают необходимость разработки более специфических вмешательств. Эти мероприятия должны бороться с проблемой принятия пациентами стигматизирующих убеждений о самих себе и согласия со стереотипами, а также быть направлены на повышение резистентности к стигматизации. Это особенно важно ввиду весьма скромного успеха мероприятий против стигматизирующего отношения общества (82, 83). Напротив, снижение самостигматизации было обнаружено в пилотном исследовании лиц с клинически повышенным риском психоза, где применялось общее психообразование (84).

Данные этого обзора должны рассматриваться с учетом его ограничений. Они включают небольшие размеры выборок в некоторых исследованиях, использование разных дизайнов исследования, разных рейтинговых шкал, и выбор зачастую крайне гетерогенных переменных. Кроме того, в большинстве исследований не было групп сравнения, что затрудняет оценку специфичности или количественных различий при сравнении с другими психическими расстройствами.

В целом, воспринимаемая и испытываемая стигма, также как и самостигматизация, часто встречаются у пациентов с расстройствами шизофренического спектра. Спустя 10 лет после призыва Link и Phelan к разработке «многогранных многоуровневых вмешательств» для «большой перемены» (21) в борьбе со стигматизацией, продолжается изучение основополагающих факторов для разработки таких вмешательств. Реализация этих вмешательств и будет являться следующим важным шагом, направленным на улучшение социальной интеграции и функционирования, а, значит, прогноза пациентов. Есть надежда, что в следующем десятилетии нас ждет успех в этом направлении.

## Благодарность

Данное исследование было частично поддержано центром «Zucker Hillside Hospital Mental Advanced Center for Intervention» и грантом «Services Research for the Study of Schizophrenia (MH090590)» Национального Института Психического Здоровья США.

## Библиография

- Angermeyer MC, Matschinger H. The stigma of mental illness in Germany: a trend analysis. *Int J Soc Psychiatry* 2005;51:276-84.
- Corrigan PW, Penn DL. Lessons from social psychology on discrediting psychiatric stigma. *Am Psychol* 1999; 54: 765-76.

- Link BG, Phelan JC, Bresnahan M et al. Public conceptions of mental illness: labels, causes, dangerousness, and social distance. *Am J Public Health* 1999;89:1328-33.
- Corrigan PW, Lurie BD, Goldman HH et al. How adolescents perceive the stigma of mental illness and alcohol abuse. *Psychiatr Serv* 2005;56:544-50.
- Penn DL, Kohlmaier JR, Corrigan PW. Interpersonal factors contributing to the stigma of schizophrenia: social skills, perceived attractiveness, and symptoms. *Schizophr Res* 2000;45:37-45.
- Penn DL, Kommana S, Mansfield M et al. Dispelling the stigma of schizophrenia: II. The impact of information on dangerousness. *Schizophr Bull* 1999;25:437-46.
- Rusch N, Angermeyer MC, Corrigan PW. Mental illness stigma: concepts, consequences, and initiatives to reduce stigma. *Eur Psychiatry* 2005;20:529-39.
- Mueller B, Nordt C, Lauber C et al. Social support modifies perceived stigmatization in the first years of mental illness: a longitudinal approach. *Soc Sci Med* 2006;62:39-49.
- Corrigan PW. Empowerment and serious mental illness: treatment partnerships and community opportunities. *Psychiatr Q* 2002;73:217-28.
- Mak WW, Wu CF. Cognitive insight and causal attribution in the development of self-stigma among individuals with schizophrenia. *Psychiatr Serv* 2006;57:1800-2.
- McCann TV, Clark E. Advancing self-determination with young adults who have schizophrenia. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2004;11:12-20.
- Yanos PT, Roe D, Markus K et al. Pathways between internalized stigma and outcomes related to recovery in schizophrenia spectrum disorders. *Psychiatr Serv* 2008;59: 1437-42.
- Ben-Zeev D, Young MA, Corrigan PW. DSM-V and the stigma of mental illness. *J Ment Health* 2010;19:318-27.
- Corcoran CM, First MB, Cornblatt B. The psychosis risk syndrome and its proposed inclusion in the DSM-V: a risk-benefit analysis. *Schizophr Res* 2010;120:16-22.
- Linscott RJ, Cross FV. The burden of awareness of psychometric risk for schizophrenia. *Psychiatry Res* 2009;166: 184-91.
- Yang LH, Wonpat-Borja AJ, Opler MG et al. Potential stigma associated with inclusion of the psychosis risk syndrome in the DSM-V: an empirical question. *Schizophr Res* 2010;120:42-8.
- Cannon TD, Cadenhead K, Cornblatt B et al. Prediction of psychosis in youth at high clinical risk: a multisite longitudinal study in North America. *Arch Gen Psychiatry* 2008;65:28-37.
- Klosterkotter J, Schultze-Lutter F, Bechdolf A et al. Prediction and prevention of schizophrenia: what has been achieved and where to go next? *World Psychiatry* 2011;10:165-74.
- Ruhrmann S, Schultze-Lutter F, Maier W et al. Pharmacological intervention in the initial prodromal phase of psychosis. *Eur Psychiatry* 2005;20:1-6.
- Goffman E. Stigma: notes on the management of spoiled identity. Englewood Cliffs: Prentice Hall, 1963.

21. Link BG, Phelan JC. Conceptualizing stigma. *Annu Rev Sociol* 2001;27:363-85.
22. Corrigan PA, Watson AC, Barr L. The self-stigma of mental illness: implications for self-esteem and self-efficacy. *J Soc Clin Psychol* 2006;25:875-84.
23. Lebel T. Perceptions of and responses to stigma. *Sociol Comp* 2008;2:409-32.
24. Corrigan PW, Watson AC. Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World Psychiatry* 2002;1:16-20.
25. Brohan E, Slade M, Clement S et al. Experiences of mental illness stigma, prejudice and discrimination: a review of measures. *BMC Health Serv Res* 2010;10:80-91.
26. Link BG, Yang LH, Phelan JC et al. Measuring mental illness stigma. *Schizophr Bull* 2004;30:511-41.
27. Harrison J, Gill A. The experience and consequences of people with mental health problems, the impact of stigma upon people with schizophrenia: a way forward. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2010;17:242-50.
28. Angermeyer MC, Beck M, Dietrich S et al. The stigma of mental illness: patients' anticipations and experiences. *Int J Soc Psychiatry* 2004;50:153-62.
29. Luchins DJ. At issue: will the term brain disease reduce stigma and promote parity for mental illnesses? *Schizophr Bull* 2004; 30:1043-8.
30. Berge M, Ranney M. Self-esteem and stigma among persons with schizophrenia: implications for mental health. *Care Manag J* 2005;6:139-44.
31. Cechnicki A, Angermeyer MC, Bielanska A. Anticipated and experienced stigma among people with schizophrenia: its nature and correlates. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2011;46:643-50.
32. Dickerson FB, Sommerville J, Origoni AE et al. Experiences of stigma among outpatients with schizophrenia. *Schizophr Bull* 2002;28:143-55.
33. Ertugrul A, Ulug B. Perception of stigma among patients with schizophrenia. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2004;39:73-7.
34. Karidi MV, Stefanis CN, Theleritis C et al. Perceived social stigma, self-concept, and self-stigmatization of patient with schizophrenia. *Compr Psychiatry* 2010;51:19-30.
35. Kleim B, Vauth R, Adam G et al. Perceived stigma predicts low self-efficacy and poor coping in schizophrenia. *J Mental Health* 2008;17:482-91.
36. Lai YM, Hong CP, Chee CY. Stigma of mental illness. *Singapore Med J* 2001;42:111-4.
37. Lee S, Lee MT, Chiu MY et al. Experience of social stigma by people with schizophrenia in Hong Kong. *Br J Psychiatry* 2005;186:153-7.
38. McCann TV, Boardman G, Clark E et al. Risk profiles for non-adherence to antipsychotic medications. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2008;15:622-9.
39. Tarrier N, Khan S, Cater J et al. The subjective consequences of suffering a first episode psychosis: trauma and suicide behaviour. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2007;42:29-35.
40. Thornicroft G, Brohan E, Rose D et al. Global pattern of experienced and anticipated discrimination against people with schizophrenia: a cross-sectional survey. *Lancet* 2009;373:408-15.
41. Baldwin ML, Marcus SC. Perceived and measured stigma among workers with serious mental illness. *Psychiatr Serv* 2006;57:388-92.
42. Botha UA, Koen L, Niehaus DJ. Perceptions of a South African schizophrenia population with regards to community attitudes towards their illness. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2006;41: 619-23.
43. Brohan E, Elgie R, Sartorius N et al. Self-stigma, empowerment and perceived discrimination among people with schizophrenia in 14 European countries: the GAMIAN-Europe study. *Schizophr Res* 2010;122:232-8.
44. Chee CY, Ng TP, Kua EH. Comparing the stigma of mental illness in a general hospital with a state mental hospital: a Singapore study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2005;40:648-53.
45. Jenkins JH, Carpenter-Song EA. Awareness of stigma among persons with schizophrenia: marking the contexts of lived experience. *J Nerv Ment Dis* 2009;197:520-9.
46. Loganathan S, Murthy SR. Experiences of stigma and discrimination endured by people suffering from schizophrenia. *Indian J Psychiatry* 2008;50:39-46.
47. Sibitz I, Unger A, Woppmann A et al. Stigma resistance in patients with schizophrenia. *Schizophr Bull* 2009;37:316-23.
48. Switaj P, Wciorka J, Smolarska-Switaj J et al. Extent and predictors of stigma experienced by patients with schizophrenia. *Eur Psychiatry* 2009;24:513-20.
49. Werner P, Aviv A, Barak Y. Self-stigma, self-esteem and age in persons with schizophrenia. *Int Psychogeriatr* 2008;20:174-87.
50. Lee S, Chiu MY, Tsang A et al. Stigmatizing experience and structural discrimination associated with the treatment of schizophrenia in Hong Kong. *Soc Sci Med* 2006;62:1685-96.
51. Jenkins JH, Carpenter-Song EA. Stigma despite recovery: strategies for living in the aftermath of psychosis. *Med Anthropol Q* 2008;22:381-409.
52. Charles H, Manoranjitham SD, Jacob KS. Stigma and explanatory models among people with schizophrenia and their relatives in Vellore, South India. *Int J Soc Psychiatry* 2007;53:325-32.
53. Margetic BA, Jakovljevic M, Ivanec D et al. Relations of internalized stigma with temperament and character in patients with schizophrenia. *Compr Psychiatry* 2010;51:603-6.
54. Lysaker PH, Tsai J, Yanos P et al. Associations of multiple domains of self-esteem with four dimensions of stigma in schizophrenia. *Schizophr Res* 2008;98:194-200.
55. Lundberg B, Hansson L, Wentz E et al. Are stigma experiences among persons with mental illness, related to perceptions of self-esteem, empowerment and sense of coherence? *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2009;16:516-22.
56. Margetic B, Aukst-Margetic B, Ivanec D et al. Perception of stigmatization in forensic patients with schizophrenia. *Int J Soc Psychiatry* 2008;54:502-13.
57. Vauth R, Kleim B, Wirtz M et al. Self-efficacy and empowerment as outcomes of self-stigmatizing and coping in schizophrenia. *Psychiatry Res* 2007;150:71-80.
58. Sibitz I, Amering M, Unger A et al. The impact of the social network, stigma and empowerment on the quality of life in patients with schizophrenia. *Eur Psychiatry* 2011;26:28-33.
59. Staring AB, Van der Gaag M, Van den Berge M et al. Stigma moderates the associations of insight with depressed mood, low self-esteem, and low quality of life in patients with schizophrenia spectrum disorders. *Schizophr Res* 2009;115:363-9.
60. Birchwood M, Trower P, Brunet K et al. Social anxiety and the shame of psychosis: a study in first episode psychosis. *Behav Res Ther* 2007;45:1025-37.
61. Mechanic D, McAlpine D, Rosenfield S et al. Effects of illness attribution and depression on the quality of life among persons with serious mental illness. *Soc Sci Med* 1994;39:155-64.
62. Munoz M, Sanz M, Perez-Santos E et al. Proposal of a socio-cognitive-behavioral structural equation model of internalized stigma in people with severe and persistent mental illness. *Psychiatry Res* 2010;186:402-8.
63. Hsiung PC, Pan AW, Liu SK et al. Mastery and stigma in predicting the subjective quality of life of patients with schizophrenia in Taiwan. *J Nerv Ment Dis* 2010;198:494-500.
64. Lysaker PH, Davis LW, Warman DM et al. Stigma, social function and symptoms in schizophrenia and schizoaffective disorder: associations across 6 months. *Psychiatry Res* 2007;149:89-95.
65. Lysaker PH, Roe D, Yanos PT. Toward understanding the insight paradox: internalized stigma moderates the association between insight and social functioning, hope, and self-esteem among people with schizophrenia spectrum disorders. *Schizophr Bull* 2007; 33:192-9.
66. Lysaker PH, Yanos PT, Outcalt J et al. Association of stigma, self-esteem, and symptoms with concurrent and prospective assessment of social anxiety in schizophrenia. *Clin Schizophr Relat Psychoses* 2010;4:41-8.

67. Fung KM, Tsang HW, Chan F. Self-stigma, stages of change and psychosocial treatment adherence among Chinese people with schizophrenia: a path analysis. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2010;45:561-8.
68. Fung KM, Tsang HW, Corrigan PW. Self-stigma of people with schizophrenia as predictor of their adherence to psychosocial treatment. *Psychiatr Rehabil J* 2008;32:95-104.
69. Tsang HW, Fung KM, Chung RC. Self-stigma and stages of change as predictors of treatment adherence of individuals with schizophrenia. *Psychiatry Res* 2010;180:10-5.
70. Tsang HW, Fung KM, Corrigan PW. Psychosocial treatment compliance scale for people with psychotic disorders. *Aust N Z J Psychiatry* 2006;40:561-9.
71. Lysaker PH, Salyers MP, Tsai J et al. Clinical and psychological correlates of two domains of hopelessness in schizophrenia. *J Rehabil Res Dev* 2008;45:911-9.
72. Ho WW, Chiu MY, Lo WT et al. Recovery components as determinants of the health-related quality of life among patients with schizophrenia: structural equation modelling analysis. *Aust N Z J Psychiatry* 2010;44:71-84.
73. Yanos PT, Lysaker PH, Roe D. Internalized stigma as a barrier to improvement in vocational functioning among people with schizophrenia-spectrum disorders. *Psychiatry Res* 2010;178:211-3.
74. Pyne JM, Bean D, Sullivan G. Characteristics of patients with schizophrenia who do not believe they are mentally ill. *J Nerv Ment Dis* 2001;189:146-53.
75. Lysaker PH, Buck KD, Taylor AC et al. Associations of metacognition and internalized stigma with quantitative assessments of self-experience in narratives of schizophrenia. *Psychiatry Res* 2008;157:31-8.
76. Tsang HW, Fung KM, Corrigan PW. Psychosocial and socio-demographic correlates of medication compliance among people with schizophrenia. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 2009;40:3-14.
77. Link BG, Struening EL, Neese-Todd S et al. Stigma as a barrier to recovery: the consequences of stigma for the self-esteem of people with mental illnesses. *Psychiatr Serv* 2001;52:1621-6.
78. Knight MTD, Wykes T, Hayward P. Group treatment of perceived stigma and self-esteem in schizophrenia: a waiting list trial of efficacy. *Behav Cogn Psychother* 2006;34:305-18.
79. Shin SK, Lukens EP. Effects of psychoeducation for Korean Americans with chronic mental illness. *Psychiatr Serv* 2002;53:1125-31.
80. Rusch N, Corrigan PW, Powell K et al. A stress-coping model of mental illness stigma: II. Emotional stress responses, coping behavior and outcome. *Schizophr Res* 2009;110:65-71.
81. Correll CU, Hauser M, Auther AM et al. Research in people with psychosis risk syndrome: a review of the current evidence and future directions. *J Child Psychol Psychiatry* 2010;51:390-431.
82. Gaebel W, Ziske H, Baumann AE et al. Evaluation of the German WPA "Program against stigma and discrimination because of schizophrenia – Open the Doors": results from representative telephone surveys before and after three years of antistigma interventions. *Schizophr Res* 2008;98:184-93.
83. Rosen A, Walter G, Casey D et al. Combatting psychiatric stigma: an overview of contemporary initiatives. *Australas Psychiatry* 2000;8:19-26.
84. Hauser M, Lautenschlager M, Gudlowski Y et al. Psychoeducation with patients at-risk for schizophrenia – an exploratory pilot study. *Patient Educ Couns* 2009;76: 138-42.

DOI 10.1002/wps.20040